

# Las características familiares y la salud percibida en médicas y médicos de familia de Andalucía

Ana Delgado\*, Lorena Saletti-Cuesta, Luis Andrés López-Fernández y Silvia Toro-Cárdenas

Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 23 de octubre de 2012

Aceptado el 10 de diciembre de 2012

On-line el 29 de enero de 2013

### Palabras clave:

Salud  
Salud laboral  
Género  
Atención primaria de salud  
Relaciones familiares  
Médicos de familia

## R E S U M E N

**Objetivo:** Conocer las relaciones de un conjunto de características profesionales y familiares con los componentes de salud física y psíquica en médicas y médicos de familia que trabajan en centros de salud en Andalucía.

**Método:** Descriptivo, transversal y multicéntrico. Población: médicas y médicos de familia de centros urbanos. Muestra: 500 profesionales, 50% por sexo. Se consideró el sexo, la edad, las características profesionales (formación posgraduada en medicina de familia, ejercer la dirección del centro de salud, ser tutor/a de formación posgraduada, y carga asistencial según tamaño del cupo y pacientes/día), las responsabilidades familiares, dos dimensiones de las relaciones familia-trabajo (sobrecarga y conflicto familia-trabajo) y la salud percibida física y psíquica. Fuente: cuestionario postal autoadministrado. Análisis: regresión múltiple para salud física y psíquica, conjunta para la muestra y por sexo.

**Resultados:** Responden 368 profesionales (73,6%). Las médicas presentan peor salud psíquica que los médicos, sin diferencias en la salud física. El conflicto familia-trabajo se asocia con salud física y psíquica en médicas y médicos. La salud física empeora al aumentar la edad en ambos sexos, mejora en médicas tutoras y disminuye en médicos al aumentar el conflicto familia-trabajo. La salud psíquica disminuye en ambos sexos al aumentar las horas dedicadas al hogar los fines de semana y el conflicto familia-trabajo. En los médicos, la salud psíquica empeora si tienen formación posgraduada y mejora si son directores de centro de salud.

**Conclusiones:** La carga de trabajo y las características profesionales tienen escasa relación con la salud de médicos y médicas de familia. Desempeñan un papel más relevante las características familiares.

© 2012 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Familial characteristics and self-perceived health among female and male primary care physicians in Andalusia (Spain)

### A B S T R A C T

**Objective:** To determine the relationships between a group of professional and family characteristics and the components of physical and mental health in female and male primary care physicians working in health centers in Andalusia (Spain).

**Methods:** A descriptive, cross-sectional, multicenter study was performed. The population consisted of urban health centers in Andalusia and their physicians. The sample comprised 88 health centers and 500 physicians. Measurements consisted of sex, age, professional characteristics (postgraduate training in family medicine, position of health center manager, accreditation as a residents' tutor, and workload based on patient quota and the mean number of patients/day); family responsibilities, defined by two dimensions of the family-work relationship (support overload-family support deficit and family-work conflict); and perceived physical and mental health. The data source was a self-administered questionnaire sent by surface mail. Multiple regression analyses were performed for physical and mental health for the whole sample and by gender.

**Results:** Responses were obtained from 368 physicians (73.6%). Mental health was worse in female physicians than in male physicians; no differences were found between genders in physical health. The family-work conflict was associated with physical and mental health in physicians of both genders. Physical health deteriorated with increasing age in both genders, improved in the female tutors of residents, and decreased with increasing family-work conflict in male physicians. Mental health decreased with increasing housework on the weekends and with family-work conflict in both genders. In male physicians, mental health deteriorated with postgraduate training in family medicine and improved if they were health center managers.

**Conclusions:** Workload and professional characteristics have little relationship with the health of primary care physicians. Family characteristics play a greater role.

© 2012 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

### Keywords:

Health  
Occupational health  
Gender  
Primary health care  
Family relations  
Family physicians

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [ana.delgado.easp@juntadeandalucia.es](mailto:ana.delgado.easp@juntadeandalucia.es) (A. Delgado).

## Introducción

La salud percibida guarda relación con la mortalidad y el uso de servicios<sup>1</sup>, así como con la presencia de enfermedad, los estilos saludables o la prevención, y muestra variaciones según la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y los roles sociales<sup>2</sup>. En nuestro país, la salud percibida se evalúa generalmente referida a la salud global mediante una sola pregunta<sup>3,4</sup>, o mediante instrumentos específicos como el GHQ, que mide la percepción de salud psíquica<sup>3</sup>, o el SF-12, que evalúa la salud física y psíquica por separado<sup>4</sup>. El análisis de la salud percibida se utiliza para evaluar desigualdades de género en salud dentro y fuera de nuestro país<sup>5,6</sup>.

En población general española y andaluza, las mujeres tienen peor salud percibida global y peor salud mental que los hombres<sup>3,4</sup>. El análisis de los determinantes sociales de la salud revela que hay diferencias de género en el tipo de factores que desempeñan un papel predominante en la salud de hombres y mujeres<sup>7</sup>. En nuestro entorno, el estudio de población general muestra que la doble jornada afecta negativamente a la salud percibida de las mujeres ocupadas y que viven en pareja en diversas comunidades autónomas, pero no sucede lo mismo en Andalucía<sup>8</sup>, probablemente debido a las diferencias culturales. En Cataluña<sup>9</sup>, un estudio con profesionales de la medicina no encuentra diferencias de salud percibida global por sexo, y tampoco respecto a la población de la misma clase social; sin embargo, las médicas presentan más mal-estar psíquico que los médicos.

Las características familiares y el conflicto familia-trabajo, entendido como la incompatibilidad potencial de roles y demandas en ambas esferas de la vida, están recibiendo una atención creciente en los últimos años por su influencia en los resultados del trabajo y en la salud<sup>10-12</sup>. Por otra parte, se está produciendo un incremento progresivo de médicas de familia dentro y fuera de España<sup>13,14</sup>, pero éstas continúan desarrollando la mayor parte del trabajo en el hogar y presentan niveles más altos de conflicto familia-trabajo que los médicos<sup>15</sup>. Por estas razones es muy pertinente estudiar el papel de las variables familiares y el conflicto familia-trabajo en la salud de los y las profesionales de la medicina.

El trabajo tiene por objetivo conocer las relaciones de un conjunto de características profesionales y familiares con los componentes de salud física y psíquica en médicas y médicos de familia que trabajan en atención primaria en Andalucía.

## Métodos

Realizamos un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. La población fueron las médicas y los médicos de familia que trabajaban en los centros de salud de las capitales andaluzas, y los criterios de inclusión llevar como mínimo 1 año con el mismo cupo de pacientes y utilizando la historia clínica informatizada.

Obtuvimos una muestra aleatoria polietápica. En la primera etapa estratificamos los centros de salud por tamaño y seleccionamos 88; en la segunda etapa, elegimos del listado de profesionales médicos un número según el tamaño del centro: cuatro médicos o médicas en ocho centros de salud, cinco médicos o médicas en 12 centros de salud, y seis médicos o médicas en 68 centros de salud, resultando una muestra de 500 profesionales, 50% por sexo (alfa = 5%, potencia 90% para 15% de diferencia entre sexos). La muestra final fue de 254 médicas y 246 médicos. Las variables independientes consideradas fueron:

- El sexo.
- La edad.
- Las características profesionales: formación posgraduada en medicina de familia, ejercer la dirección del centro de salud, ser tutor/a acreditado por la unidad docente para la formación

posgraduada de medicina de familia (las tres codificadas como sí/no) y la carga asistencial en noviembre de 2007 mediante el número de personas en el cupo ajustado por edad (tamaño) y la media de pacientes/día.

- Las responsabilidades familiares, usando las variables situación familiar dicotomizada (vivir solo/a con o sin hijos/as frente a resto [vive en pareja con o sin hijos/as y otras situaciones]), presencia de hijos/as en el hogar, horas/día dedicadas a tareas domésticas de lunes a viernes, horas/día dedicadas a tareas domésticas los sábados y domingos, quién realiza principalmente las tareas domésticas (yo sola/o, mi pareja, otras situaciones), y presencia en el hogar de personas que requieren cuidados especiales (menores de 15 años, mayores de 65 años, personas con discapacidad).
- La ocupación de la pareja (medicina o enfermería, otras ocupaciones, trabaja en el hogar).

Por último, incluimos las relaciones familia-trabajo evaluadas mediante una escala con dos dimensiones previamente validada<sup>15</sup>:

- Sobrecarga y déficit de apoyo familiar, con seis preguntas sobre falta de ayuda y colaboración de la familia para realizar las tareas domésticas.
- Conflicto familia-trabajo, con cinco preguntas que reflejan el compromiso entre la dedicación a la familia y al trabajo junto al grado de dificultad para hacer compatibles ambas esferas.

La variable dependiente es la salud percibida medida con el cuestionario SF-12, que tiene dos dimensiones: salud física y salud psíquica<sup>16</sup>. La puntuación se estandariza según los valores poblacionales, y a mayor puntuación de 0 a 100, mejor salud percibida.

Utilizamos tres fuentes de datos:

- 1) Cuestionario postal autoadministrado (diciembre de 2007 a mayo de 2008), con todas las variables personales y profesionales excepto las recabadas en distritos sanitarios y unidades docentes de medicina de familia, reforzando la respuesta con recogida en mano. Contactamos telefónicamente con el director o de directora de los centros de salud para pedirles su colaboración y, posteriormente, enviamos los cuestionarios.
- 2) En los distritos obtuvimos, para la muestra, el número de pacientes en el cupo (tamaño), el número de pacientes/día en la consulta y la edad.
- 3) En las unidades docentes obtuvimos los/las profesionales acreditados/as como tutor/a. Recogimos para el 100% de la muestra las variables de las unidades de docencia y de distrito, con el fin de evaluar potenciales sesgos de no respuesta.

Realizamos un análisis descriptivo y bivariado por sexo de todas las variables, y un análisis de regresión lineal múltiple para cada componente de la salud, de forma conjunta para toda la muestra y para médicas y médicos por separado. Todos los modelos multivariados se han construido mediante el método paso a paso, usando una probabilidad de entrada del 15% y de salida del 20%. Para controlar posibles efectos de relación entre variables independientes se realizó un diagnóstico de colinealidad.

## Resultados

Respondieron 368 médicas y médicos de familia (73,6%), 182 (71,7%) eran mujeres y 186 (75,6%) hombres ( $p=0,316$ ); el resto se negaron a responder argumentando «falta de tiempo». Eran tutor/a de formación posgraduada 128 personas, de las cuales respondieron 101 (78,9%), y no lo eran 372, de las cuales respondieron 267 (71,8%) ( $p=0,114$ ). La edad media fue de  $50,18 \pm 4,74$  años. La potencia se redujo al 60,3%.

**Tabla 1**

Comparación de las variables independientes y de las dimensiones de salud percibida por sexo

Variables cualitativas	Médicas, N (%)	Médicos, N (%)	p
Formación MIR-MF	80 (44,2%)	62 (33,3%)	0,016
Vive solo/a con o sin hijos/as	29 (15,9%)	9 (4,8%)	0,021
Hay en el hogar personas con cuidados especiales <sup>a</sup>			
Menores de 15 años	61 (33,5%)	66 (35,5)	0,218
Mayores de 65 años	20 (11%)	15 (8,1%)	0,387
Con discapacidad	9 (4,9%)	10 (5,4%)	0,52
Ocupación de la pareja			<0,001
Medicina o enfermería	63 (45,7%)	62 (39,7%)	
Otras ocupaciones	73 (52,9%)	61 (39,1%)	
Trabaja en el hogar	2 (1,4%)	33 (21,2%)	
Tiene hijos/as	152 (83,5%)	176 (89,8%)	0,077
Las tareas domésticas las realiza principalmente la persona entrevistada	113 (64,9%)	58 (33,5%)	<0,001
Dirección de centro de salud	9 (4,9%)	28 (15,1%)	0,001
Tutor/a MIR-MF	51 (28%)	50 (26,9%)	0,806
Variables cuantitativas	Médicas, media ± DE	Médicos, media ± DE	p
Edad (años)	49,1 ± 4,3	51,3 ± 4,9	<0,001
Horas tareas domésticas lunes a viernes	2,9 ± 3,1	1,1 ± 1,02	<0,001
Horas tareas domésticas fines de semana	4,1 ± 2,9	1,9 ± 1,62	<0,001
Cupo de pacientes	2055 ± 224,8	2041 ± 304,1	0,645
Pacientes/día consulta a demanda	36,5 ± 8,6	36,4 ± 9,3	0,861
Sobrecarga y déficit de apoyo familiar	19,8 ± 8,2	14,5 ± 5,6	8,109e-13
Conflicto familia-trabajo	17,9 ± 5,6	16,6 ± 5,6	0,024
Salud percibida física	52,7 ± 7,4	53,1 ± 5,8	0,558
Salud percibida psíquica	44,2 ± 11,4	48,0 ± 9,4	0,001

MIR-MF: formación posgraduada vía MIR en medicina de familia; DE: desviación estándar.

<sup>a</sup> Las tres categorías de la variable no son excluyentes.

En la [tabla 1](#) se observa que las médicas son más jóvenes, con más frecuencia tienen formación posgraduada, con menos frecuencia son directoras del centro de salud, dedican más horas a tareas del hogar, viven solas con o sin hijos/as en mayor medida que los médicos, realizan solas las tareas domésticas casi el doble que sus compañeros, y su pareja trabaja fuera del hogar con más frecuencia que en el caso de los médicos; no hay diferencias en las dos variables de carga asistencial. Las médicas presentan mayor sobrecarga y déficit de apoyo familiar, así como más conflicto familia-trabajo. En la comparación cruda no hay diferencias de salud física por sexo, pero las médicas presentan peor salud psíquica.

En el modelo multivariado para la salud física con toda la muestra ([tabla 2](#)) se observa que, controlando el efecto debido al sexo, se relacionan con ella de forma inversa la edad y el conflicto familia-trabajo, así como vivir sola/o con o sin hijos/as, y tener hijos/as.

En el modelo elegido para la salud psíquica ([tabla 3](#)) se constata la existencia de colinealidad entre «sexo» y «horas dedicadas a las tareas domésticas los fines de semana», pero se mantiene el sexo, aunque pierda la significación. Se asocian a peor salud psíquica ser especialista en medicina de familia, no desempeñar la dirección del centro de salud, el mayor número de horas dedicadas a las tareas domésticas los fines de semana y el conflicto familia-trabajo.

Analizando el modelo para la salud física por sexo ([tabla 4](#)) observamos que ésta disminuye al aumentar la edad en médicas y médicos, pero mejora en las médicas tutoras de formación posgraduada y empeora en los médicos con conflicto familia-trabajo.

Respecto a la salud psíquica por sexo ([tabla 4](#)), se relaciona negativamente en ambos casos con el mayor número de horas dedicadas a las tareas domésticas los fines de semana y con el conflicto familia-trabajo, pero además, en los médicos, la salud psíquica también empeora si son especialistas en medicina de familia y mejora si son directores de centro de salud.

## Discusión

La tasa de respuesta fue buena, sin diferencias de sexo ni por ser tutor/a, lo que indica una buena validez interna del estudio.

Las mujeres de población general española y andaluza<sup>4,16</sup> tienen peor salud física y peor salud psíquica que los hombres, y en Andalucía<sup>5</sup> esta desigualdad se mantiene para la salud psíquica incluso en población universitaria. Comparando con población general, en nuestro estudio observamos que la salud física es similar o mejor en ambos sexos, pero no sucede lo mismo con la psíquica. Médicos y médicas presentan peor salud psíquica que los hombres y las mujeres de población española, aunque la diferencia es mayor en el caso de las mujeres. También un estudio catalán<sup>9</sup> constata la existencia de más malestar psíquico en profesionales de la medicina de ambos sexos que en la población general ocupada. Se conoce el papel positivo que desempeña la ocupación en la salud de las personas<sup>8</sup>, por lo que podría pensarse que el compromiso y las altas demandas que conlleva la profesión médica contribuyen a empeorar la percepción de la salud psíquica de sus profesionales, sobre todo de las médicas.

En el estudio, las médicas presentan peor salud psíquica que los médicos, pero no hay diferencias en la salud física. Igual ocurre en estudios realizados en otros países, en los cuales las médicas presentan más síntomas psíquicos o más depresión que sus compañeros<sup>17-19</sup>.

El objetivo del estudio es analizar los resultados de los modelos explicativos de las dos dimensiones de la salud percibida para médicos y médicas por separado, por lo que nos centramos en estos hallazgos.

Es importante señalar que las variables de carga en el trabajo (tamaño del cupo y número de pacientes/día) no afectan a la percepción de salud en ningún sexo; por el contrario, la variable que desempeña un papel más relevante por su relación con ambos componentes de la salud percibida y en ambos sexos es el conflicto familia-trabajo.

La salud física empeora al aumentar la edad en ambos sexos, al igual que ocurre en población general<sup>4,16</sup>, hecho coherente con el aumento de los problemas de salud crónicos. Las médicas perciben mejor salud cuando son tutoras de formación posgraduada, y los médicos la perciben peor al aumentar el conflicto familia-trabajo.

**Tabla 2**

Análisis univariado y multivariado de las relaciones de las variables estudiadas con la salud física para toda la muestra (N = 368)

Salud física	Categoría referencia	Categoría riesgo	Análisis bivariado				Análisis multivariado			
			Coefficientes no estandarizados	IC para beta al 95%		p	Coefficientes no estandarizados	IC para beta al 95%		p
Sexo	Mujer	Hombre	0,406	-0,958	1,770	0,559	0,83	-0,57	2,24	0,24
Edad			-0,246	-0,389	-0,103	0,001	-0,290	-0,437	-0,144	0,000
Cupo de pacientes			0,000	-0,003	0,003	0,987				
Pacientes/día consulta a demanda			0,025	-0,055	0,105	0,543				
Formación MIR-MF	No	Sí	1,147	-0,252	2,546	0,108				
Tutor/a MIR-MF	No	Sí	1,904	0,388	3,421	0,014				
Dirección de centro de salud	No	Sí	1,367	-0,897	3,632	0,236				
Vive solo/a con o sin hijos/as	No	Sí	-1,294	-3,539	0,950	0,258	-2,309	-4,592	-0,025	0,05
Horas tareas domésticas lunes a viernes			0,000	-0,279	0,278	0,998				
En el hogar personas que requieren cuidados especiales	No	Sí	1,217	-0,157	2,591	0,082				
Ocupación	Medicina/enfermería	Otras ocupaciones	-0,160	-1,770	1,451	0,846				
		Trabaja en el hogar	-0,158	-2,636	2,319	0,900				
Tareas domésticas	No	Sí	0,108	-1,281	1,498	0,878				
Tiene hijos/as	No	Sí	1,862	-0,137	3,862	0,068	2,176	0,145	4,207	0,03
Responsabilidades familiares			-0,073	-0,165	0,019	0,119				
Conflicto trabajo-familia			-0,199	-0,320	-0,078	0,001	-0,232	-0,353	-0,110	0,000

IC: intervalo de confianza; MIR-MF: formación posgraduada vía MIR en medicina de familia.

**Tabla 3**

Análisis univariado y multivariado de las relaciones de las variables estudiadas con la salud psíquica para toda la muestra (N= 368)

Salud psíquica	Categoría referencia	Categoría riesgo	Análisis bivariado				Análisis multivariado			
			Coefficientes no estandarizados	IC para beta al 95%		p	Coefficientes no estandarizados	IC para beta al 95%		p
Sexo	Mujer	Hombre	3,788	1,645	5,932	0,001	0,768	-1,477	3,013	0,502
Edad			0,129	-0,102	0,360	0,272				
Cupo de pacientes			0,001	-0,004	0,005	0,808				
Pacientes/día consulta a demanda			-0,102	-0,234	0,031	0,132				
Formación MIR-MF	No	Sí	-2,602	-4,828	-0,376	0,022	-2,353	-4,452	-0,254	0,028
Tutor/a MIR-MF	No	Sí	-0,760	-3,200	1,679	0,540				
Dirección de centro de salud	No	Sí	5,056	1,472	8,640	0,006	4,624	1,270	7,979	0,007
Vive solo/a con o sin hijos/as	No	Sí	2,844	-0,726	6,413	0,118				
Horas tareas domésticas lunes a viernes			-0,558	-0,999	-0,117	0,013				
Horas tareas domésticas fines de semana			-0,978	-1,382	-0,575	0,000	-0,669	-1,095	-0,244	0,002
En el hogar personas que requieren cuidados especiales	No	Sí	-2,361	-4,55	-,173	0,035				
Ocupación pareja	Medicina/enfermería	Otras ocupaciones	0,591	-1,966	3,148	0,649				
		Trabaja en el hogar	2,377	-1,556	6,309	0,235				
Tareas domésticas	No	Sí	1,761	-0,425	3,948	0,114				
Tiene hijos/as	No	Sí	0,415	-2,791	3,620	0,799				
Responsabilidades familiares			-0,396	-0,539	-0,254	0,000				
Conflicto trabajo-familia			-0,727	-0,908	-0,547	0,000	-0,629	-0,809	-0,449	0,000

IC: intervalo de confianza; MIR-MF: formación posgraduada vía MIR en medicina de familia.

**Tabla 4**

Análisis multivariado de las relaciones de las variables estudiadas con la salud física y la salud psíquica para médicas (N = 182) y médicos (N = 186)

	Categoría referencia	Categoría riesgo	Análisis multivariado médicas				Análisis multivariado médicos			
			Coefficientes no estandarizados	IC para beta al 95%		p	Coefficientes no estandarizados	IC para beta al 95%		p
<i>Salud física</i>										
Edad	No	Sí	-0,285	-0,538	-0,032	0,027	-0,234	-0,404	-0,064	0,007
Tutor/a MIR-MF			2,681	0,248	5,115	0,031				
Conflicto trabajo-familia								-0,279	-0,427	-0,132
<i>Salud psíquica</i>										
Formación MIR-MF	No	Sí					-2,539	-5,358	0,280	0,077
Dirección de centro de salud	No	Sí					4,492	0,828	8,157	0,017
Horas tareas domésticas fines de semana			-0,602	-1,093	-0,110	0,017	-0,821	-1,712	0,070	0,070
Conflicto trabajo-familia			-0,996	-1,256	-0,736	<0,005	-0,372	-0,609	-0,135	0,002

IC: intervalo de confianza; MIR-MF: formación posgraduada vía MIR en medicina de familia.

Hay dos variables de la esfera familiar que están relacionadas con la salud psíquica de ambos sexos: el conflicto familia-trabajo y las horas dedicadas a las tareas domésticas los fines de semana. No hay interacción de las dos variables, lo que indica que ambas tienen un efecto por separado. Es interesante destacar que el resto de las características familiares estudiadas no guarda relación con la salud en ninguno de los sexos. En médicas norteamericanas<sup>20</sup>, el tiempo dedicado a las actividades domésticas no afectaba a la salud psíquica.

Los hallazgos en población española muestran que la carga de trabajo doméstico afecta a la salud percibida de las mujeres, pero no a la de los hombres<sup>21</sup>; sin embargo, el análisis por nivel educativo de las trabajadoras desvela que el trabajo del hogar sólo afecta a la salud de las que tienen menos estudios, no así de las universitarias<sup>22</sup>. Por tanto, puede pensarse que nuestra muestra de profesionales universitarios se comporta de forma diferente a la población general, si bien el número y la cualidad de las variables estudiadas es muy diferente, lo que limita en gran medida la comparación. Además, las condiciones del contexto socioeconómico de la población de este estudio son también distintas, y es conocida su influencia en la salud.

Las horas dedicadas al hogar los fines de semana afectan a la salud de médicas y médicos de familia, sin que podamos conocer si el significado de la relación es similar o no en ambos sexos. Hay que considerar, entre otras cosas, que ellas dedican al hogar el doble de tiempo que ellos, y puede pensarse que no es importante solo dedicar tiempo al hogar, sino también de cuánto tiempo se trata. Entre profesionales de enfermería canadienses<sup>23</sup> se encuentra que las demandas familiares tienen un impacto en la percepción de salud, y esta relación presenta diferencias de género: para las enfermeras lo significativo es la «sensación de presión», mientras que para los enfermeros es que «no les gusta el trabajo de la casa».

La escala de conflicto familia-trabajo integra elementos sobre la compatibilidad entre obligaciones del trabajo y la familia, la satisfacción con el tiempo dedicado a ambas esferas, la sensación de necesidad de estar en los dos sitios a la vez, etc.<sup>15</sup>. Por tanto, evalúa la experiencia subjetiva sobre el propio manejo de las relaciones recíprocas entre la vida familiar y laboral, y es esta vivencia la que impacta en la salud, más allá de las condiciones objetivas del entorno laboral y familiar. En las médicas, la percepción de conflicto familia-trabajo presenta mayor complejidad que en los médicos al venir explicada por mayor número de variables, lo que indica que la experiencia subjetiva varía según el género<sup>15</sup>. Por otra parte, dicho conflicto se asocia a la salud psíquica con más fuerza en las médicas del estudio.

El estudio de los determinantes sociales de la salud por género<sup>7</sup> muestra que los aspectos psicosociales tienen diferente peso en la salud de las mujeres y de los hombres, y esta diferencia puede deberse a una exposición o una vulnerabilidad diferentes. El conflicto familia-trabajo actúa por ambos mecanismos en las médicas estudiadas, contribuyendo a explicar su peor percepción de salud psíquica. En primer lugar, las médicas presentan mayor exposición a dicho conflicto, ya que su puntuación en la escala de conflicto familia-trabajo es superior<sup>15</sup>. Ello concuerda con la división del trabajo por sexo, que asigna las responsabilidades familiares a las mujeres, y las mayores demandas que eso acarrea para ellas. En segundo lugar, la socialización de género implica una mayor vulnerabilidad a las presiones procedentes del entorno familiar y del conflicto derivado de éstas<sup>24</sup>. Según diferentes estudios<sup>7</sup>, los roles familiares ocasionan más estrés en las mujeres, mientras en los hombres lo hacen los estresores económicos.

Un estudio suizo<sup>25</sup> compara el conflicto familia-trabajo en tres grupos: profesionales de medicina, universitarios y población trabajadora. Sus resultados muestran que el primero presenta mayor conflicto familia-trabajo, lo que se asocia a peor salud percibida. Además, esta asociación tiene más fuerza en las médicas, lo que podría explicar su peor salud psíquica dado que presentan mayor nivel de conflicto familia-trabajo. Parece que, al igual que en nuestro estudio, el estrés causado por el conflicto familia-trabajo se traslada a la percepción de salud, y ello es más evidente en las médicas.

La existencia de roles múltiples ocasiona más estrés y mayor conflicto en las médicas que en los médicos<sup>26</sup>, y es sabido que el balance entre las esferas familiar y laboral es un factor primordial para la vida profesional de las médicas, pero no para la de los médicos<sup>27–29</sup>. Una revisión<sup>30</sup> señala que las mayores dificultades que encuentran las médicas para lograr un equilibrio entre sus responsabilidades en la familia y en el trabajo se traducen en un mayor conflicto familia-trabajo y en más estrés. Todo ello indica que el estudio de las relaciones familia-trabajo es relevante porque éstas tienen un impacto en las decisiones sobre la vida personal y profesional<sup>28</sup>.

Por último, cabe señalar que la salud psíquica de los médicos se asocia también a dos variables del trabajo: ser director de un centro de salud mejora la salud psíquica, quizás porque las funciones de dirección son gratificantes y compensan otras fuentes de estrés, mientras que los especialistas en medicina de familia presentan peor salud psíquica. Se ha señalado que el desempeño médico puede verse afectado por el malestar de sus profesionales. Esto indica que los sistemas sanitarios deberían tener en cuenta



el grado de bienestar de sus trabajadores, entendiendo éste en sentido amplio como el conjunto de salud física, mental y social<sup>30</sup>. Para ello es imprescindible tener una extensa perspectiva de los determinantes de la salud, incluyendo factores muy diversos<sup>31</sup>, como muestra la complejidad de los hallazgos de este estudio.

Nuestro estudio presenta limitaciones y fortalezas. Entre las primeras destaca que el diseño transversal no permite conocer la dirección de las relaciones encontradas. Además, la muestra es del ámbito urbano de Andalucía y los hallazgos no son extrapolables a los profesionales que trabajan en otros contextos geográficos. Entre las fortalezas cabe señalar, a nuestro juicio, que incluye las relaciones con la salud percibida tanto de variables familiares como de variables profesionales, y que el análisis se hace por separado para médicas y médicos.

Deberían llevarse a cabo nuevas investigaciones para explorar en profundidad, y preferiblemente de manera prospectiva, el conjunto de los determinantes de la percepción de salud en médicas y médicos.

El análisis integrador de un conjunto de determinantes laborales y familiares de la salud permite concluir que la salud psíquica es peor en las médicas, y que la carga de trabajo y las características profesionales tienen escasas relaciones con la salud percibida en ambos sexos, siendo más relevante el papel de las horas dedicadas al hogar en fin de semana y el conflicto familia-trabajo.

En el ámbito sanitario debería establecerse una amplia serie de políticas de igualdad, no solo dirigidas a las mujeres, sino sobre todo orientadas a la organización y a los hombres: medidas derivativas que cubran funciones reproductoras<sup>32</sup> y promover la corresponsabilidad de los hombres, por ejemplo incentivando que se acojan a los permisos de paternidad, reducción de jornada, permisos retribuidos, etc. A la vez, teniendo en cuenta que es socialmente imposible escindir la vida laboral y familiar de cada persona, consideramos imprescindible transformar el mercado de trabajo en un modelo menos androcéntrico, que incorpore los cuidados como eje central de la vida, y haga posible compatibilizar ambas esferas a mujeres y hombres. Por ello, es necesario adoptar modelos integradores de los determinantes de la salud para que ésta mejore en las profesiones sanitarias.

### ¿Qué se sabe sobre el tema?

En población general, las mujeres suelen presentar peor salud psíquica que los hombres. Similares hallazgos se observan en profesionales de la medicina. Las características del trabajo y de la organización, así como el conflicto familia-trabajo, se asocian con diversos resultados de salud en profesionales sanitarios en otros países.

### ¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Las características profesionales en medicina de familia tienen escasa relación con la salud. Se relacionan más con la salud en médicas y médicos las características familiares, como las horas dedicadas al hogar y el conflicto familia-trabajo. Las medidas dirigidas a promover la salud de profesionales de la medicina deberían considerar, de forma integrada, todas las dimensiones de la vida profesional y personal.

### Contribuciones de autoría

A. Delgado, L. Saletti-Cuesta y L.A. López-Fernández participaron en la concepción y el diseño del trabajo. L. Saletti-Cuesta y A. Delgado participaron en la recogida de los datos. S. Toro-Cárdenas y A.

Delgado participaron en el análisis y la interpretación de los datos. La redacción del artículo se debe a A. Delgado. Todos los autores participaron en la revisión crítica del artículo, aportaron importantes contribuciones y aprobaron la versión final para su publicación.

### Financiación

Ayudas concedidas por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Expediente: 0020/2006), el Fondo de Investigación Sanitaria (Expediente PI071176) y los Fondos FEDER de la Unión Europea.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Agradecimientos

A la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, al Fondo de Investigación Sanitaria y los Fondos FEDER de la Unión Europea por la ayuda concedida para la investigación, y a las médicas y médicos de familia por su colaboración.

### Bibliografía

1. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* 1997;38:21-37.
2. Smith AMA, Shelley JM, Dennerstein L. Self-rated health: biological continuum or social discontinuity? *Soc Scien Med.* 1994;39:77-83.
3. Ministerio de Salud y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006. Madrid. 2005. (Consultado el 3/07/2012.) Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase>
4. Sánchez Cruz JJ, Sánchez Villegas P, Moya Garrido MN, et al. La salud en Andalucía según las Encuestas Andaluzas de Salud (EAS): EAS-1999, EAS-2003 y EAS-2007. 1ª ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. 334.
5. García Calvente MM, Delgado Sánchez AM, Mateo Rodríguez I, et al. El género como determinante de desigualdades en salud y en la utilización de servicios sanitarios en Andalucía. En: Escolar Pujolar, A., editor. Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía. 1ª ed. Cádiz: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía; 2008. p. 127-144.
6. Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Soc Sci Med.* 1997;44:773-87.
7. Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Soc Sci Med.* 2004;58:2585-600.
8. Artazcoz L, Moya C, Vanaclocha H, et al. La salud de las personas adultas. *Gac Sanit.* 2004;18:56-68.
9. Rohlfs I, Arrizabalaga P, Artazcoz L, et al. Estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña. 1ª ed. Barcelona: Fundación Galatea; 2007. 92.
10. Allen T, Herst D, Bruck C, et al. Consequences associated with work-to-family conflict: a review and agenda for future research. *J Occup Health Psychol.* 2000;5:279-308.
11. Fuss I, Nübling M, Hasselhorn HM, et al. Working conditions and work-family conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health.* 2008;8:353-69.
12. Ádám S, Zsuzsa G, Susánszky E. Physician burnout in Hungary: a potential role for work-family conflict. *J Health Psychol.* 2008;13:847-56.
13. Servicio Andaluz de Salud. Mujeres y hombres en los indicadores sanitarios. SAS Información. 2008;38:5-8.
14. Elston MA. Women and medicine: the future, 159. 1ª ed. Londres: Royal College of Physicians; 2009.
15. Delgado Sánchez A, Saletti-Cuesta L, Toro-Cárdenas S, et al. Validación de escala para evaluar la relación familia-trabajo en médicas y médicos de familia. *Rev Esp Salud Pública.* 2011;85:159-72.
16. Vilagut G, Valderas JM, Ferre M, et al. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin.* 2008;130:726-35.
17. Tyssen R. Health problems and use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Industrial Health.* 2007;45:599-610.
18. Frank E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *Am J Psychiatry.* 1999;156:1887-94.
19. Koninck M, Guay H, Bourbonnais R, et al. Physical, mental, and reproductive health of Québec women physicians. *JAMWA.* 1995;50:59-63.
20. Frank E, Harvey L, Elon L. Family responsibilities and domestic activities of US women physicians. *Arch Fam Med.* 2000;9:134-40.

21. Artazcoz L, Escribá-Agüir V, Cortés I. Género, trabajo y salud en España. *Gac Sanit.* 2004;18:24–35.
22. Artazcoz L, Borrell C, Benach J, et al. Women, family demands and health: the important of employment status and socio-economic position. *Soc Sci Med.* 2004;59:263–74.
23. Walters V, Lenton R, French S, et al. Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses. *Soc Sci Med.* 1996;43:1627–36.
24. Dio Bleichmar E. La depresión en la mujer. 1ª ed Madrid: Temas de Hoy; 1999, 248 p.
25. Knecht M, Bauer GF, Klaghofer R, et al. Work-life conflicts and health among Swiss physicians in comparison with other university graduates and with the general Swiss working population. *Swiss Med Wkly.* 2010;140:w13063.
26. Warde C, Allen W, Gelbert L. Physician role conflict and resulting career changes: gender and generational differences. *J Gen Intern Med.* 1996;11:729–35.
27. Shollen SL, Bland CJ, Finstad DA, et al. Organizational climate and family life: how these factors affect the status of women faculty at one medical school. *Acad Med.* 2009;84:87–91.
28. Verlander G. Female physicians: balancing career and family. *Academic Psychiatry.* 2004;28:331–6.
29. Gjerberg E. Women doctors in Norway: the challenging balance between career and family life. *Soc Sci Med.* 2003;57:1327–41.
30. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet.* 2009;374:1714–21.
31. Undén AL, Elofsson S. Do different factors explain self-rated health in men and women? *Gend Med.* 2006;3:295–308.
32. Organización Internacional del Trabajo. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Trabajo y familia. Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social. 2ª ed. Santiago de Chile: Organización Internacional del Trabajo y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2009. 162 p.